EXTRAIT DU N° 3 DE LA CLINIQUE DES HOPITAUX DES ENFANTS.

DE LA VALEUR DE CERTAINS PROCÉDÉS

CONSEILLÉS DANS LA VERSION PELVIENNE,

PAR LE DOCTEUR CHAILLY-HONORÉ,

Ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, membre de la Société médicale d'émulation et de celle du département de la Seine.

Frappé de la multiplicité des règles données à l'occasion de la version pelvienne, de l'inutilité et du danger de quelques unes d'entre elles, j'ai déjà cherché à prémunir les jeunes praticiens contre des erreurs, qui peuvent être préjudiciables aux femmes qui se confient à leurs soins, et qui peuvent porter atteinte à leur réputation comme accoucheurs; de nouvelles lumières, qui depuis m'ont été fournies par un homme qui occupe un rang des plus distingués dans la pratique obstétricale, m'imposent l'obligation de revenir sur cette importante matière, afin de donner plus d'autorité à ma parole.

Ouvrez la plupart des traités d'accouchements, initiez-vous aux préceptes qui y sont contenus; puis, avec cette somme de connaissance, mettez-vous à l'œuvre. Que de déceptions n'éprouverez-vous pas dans l'exécution de ces règles si nettement exposées! vous vous accuserez d'impéritie, vous vous étonnerez de ne pouvoir mettre en pratique des préceptes qui certainement sont exécutés par vos maîtres, puisqu'ils vous les ont donnés. C'est au contraire à ceux auprès de qui vous avez puisé ces préceptes qu'il faut adresser vos reproches, ils ont formulé des règles que, pour la plupart, ils ne peuvent exécuter.

Ainsi, après avoir énuméré les précautions préliminaires que doit prendre l'accoucheur, avant de pratiquer la version, les auteurs passent au choix de la main. *La main qui doit être introduite dans la présentation du sommet est celle dont la face palmaire regardera la face antérieure du produit.*

Loin de moi la pensée de m'élever contre un semblable précepte, nul doute qu'on ne doive s'y conformer toutes les fois qu'on le peut; mais je voudrais qu'à l'exemple de M. Nœgelé chacun fît pressentir les cas où il ne sera pas possible de suivre ce précepte.

« Si la poche des eaux n'est pas encore rompue, le choix « de la main est peu important. Si l'on a du doute sur la po« sition de l'enfant, si les eaux ne sont pas écoulées, on se sert « de la main qui est la plus exercée. »

C'est ainsi que s'exprime le savant professeur d'Heidelberg, page 199 de son Manuel d'accouchements.

Le choix de la main effectué, on procède à son introduction. *La main au moment où elle pénètre dans le col de l'utérus doit saisir, à pleine main, la partie qui se présente, la refouler au dessus du détroit supérieur.*

Ce mot refouler n'entraîne-t-il pas après lui l'idée d'un effort considérable, dans une opération où tous les mouvements doivent être doux et menagés! A ce précepte dangereux, quelques auteurs en ajoutent d'autres qui ne sont qu'inutiles; ainsi ils désignent avec précision sur quelle partie de la tête chaque doigt doit être placé.

Qui a jamais mis ces règles à exécution, et qui n'avouera pas, dans sa bonne foi, qu'il suffit de glisser la main doucement entre la partie située au détroit supérieur et les organes maternels, sans saisir à pleine main la partie de l'enfant qui se présente, sans la refouler? Ici encore M. Nœgelé nous vient en aide, page 201 : « On glisse la main avec précaution « et sans violence sur les côtés de la tête, etc. »

La main, dès qu'elle a pénétré dans l'utérus, doit aller atteindre les pieds; mais quel chemin suivra-t-elle? Pour quelques auteurs, le choix n'est pas douteux. *La main sera ensuite glissée sur le plan postérieur du fœtus; le chemin est plus long, mais il est plus sûr, et permet d'arriver aux pieds sans rencontrer les mains, et empêche la confusion qu'on en pourrait faire.*

Après avoir parcouru ce chemin qui est, il est vrai, le plus long, on sera encore très souvent exposé à se tromper, si l'on ne s'est pas exercé à distinguer sur l'enfant mort une main d'un pied ; c'est une connaissance préliminaire que l'on doit supposer à tout praticien. Mais si, du reste, cette méprise était commise, elle n'aurait rien de grave ; il suffirait de lâcher la main, dès qu'on reconnaîtrait qu'elle a été saisie, pour aller à la recherche d'un pied.

Cette circonstance n'a qu'une importance trop secondaire, pour autoriser le précepte que je combats ; en effet, ce n'est que dans le cas où le fœtus est mobile, et l'utérus non rétracté, que la main pourra parcourir la partie dorsale du fœtus, et alors ce procédé inutile sera plus long, plus douloureux que celui que je conseille de lui substituer ; mais, pour peu que l'utérus soit rétracté, cette opération deviendra longue, difficile, douloureuse, et non exempte de dangers ; et si la rétraction est énergique, elle sera impraticable et dangereuse, tandis qu'en passant avec la main à la partie antérieure du produit, on rencontrera les genoux ou les pieds, à très peu de distance de la tête, et le chemin que la main aura à parcourir sera beaucoup plus court, l'opération sera moins longue, moins douloureuse et innocente. Bien plus, c'est le seul procédé qu'on puisse suivre dans les cas difficiles, alors que la rétraction utérine rend impossibles les mouvements de latéralité de la main.

Je me rappelle à ce sujet la première version que je vis faire à M. P. Dubois : le pied était déjà saisi et amené dans le vagin, que je croyais l'opération à peine commencée ; la main seule et le poignet avaient été introduits dans les organes maternels. C'est toujours ainsi que, depuis, je l'ai vu opérer et que j'ai opéré moi-même ; et j'ai pu apprécier combien cette méthode était préférable à celle que, confiant en a foi de mes premiers maîtres, je m'étais efforcé jusqu'à ce jour, mais en vain, de mettre en pratique.

Page 200, M. Nœgelé s'exprime ainsi à ce sujet : « Quand la « main a pénétré dans la cavité utérine, on la pose à plat sur « la face antérieure de l'enfant, sur laquelle on la fait glisser « pour arriver aux pieds. »

Dès que la main a pénétré jusqu'aux pieds, elle les saisit ;

pour cela, dit-on, il faut *placer l'index entre les deux malléoles internes, le pouce sur le bord externe d'un des membres, les trois autres doigts sur le côté externe de l'autre membre.* Certes, les pieds ainsi saisis le seront plus solidement; mais qui ne sait que dans la plupart des cas on fait comme on peut, et qu'il est souvent fort difficile de prendre les deux pieds? J'aurais voulu cette restriction à côté du précepte.

« Lorsqu'on est arrivé aux pieds, dit M. Nœgelé, on les « saisit tous les deux. Si cela est possible, on place le doigt « médian entre eux, et avec les autres doigts on embrasse « les jambes, puis, etc. Cela est facile si les eaux ne sont pas « encore écoulées, et plus difficile si elles se sont écoulées de- « puis long-temps et en grande quantité.

« S'il était trop difficile de saisir les pieds ensemble, on peut « essayer de faire la version avec un seul pied. »

C'est là que s'arrête M. Nœgelé; mais quelques auteurs vont plus loin, ils disent : *Dans le cas où on n'a pu saisir qu'un seul pied, si c'est le membre qui répond au pubis, on pourra terminer l'opération avec un seul pied; si au contraire c'est le membre qui regarde la paroi postérieure du bassin, on devra aller à la recherche de l'autre pied.*

Un de ces auteurs d'où j'ai tiré ce précepte ne donne même pas la raison de cette préférence en faveur du membre qui est situé en avant; l'élève a cependant besoin d'être éclairé à ce sujet. Serait-ce parce que la rotation du dos en avant est plus facile quand on saisit le membre antérieur? Telle est du moins la raison alléguée par certains auteurs. Quant à moi, j'ai toujours, jusqu'à présent, pu constater par *l'expérience* de mes maîtres et la mienne propre que, dans la plupart des cas, la version s'exécute parfaitement avec un seul pied, que ce soit le pied qui est en avant ou celui qui est en arrière; que la rotation du dos en avant est presque aussi facile dans un cas que dans l'autre, et que l'on ne doit pas poser comme règle d'aller à la recherche du pied antérieur quand on n'a pu saisir que le postérieur, avant de tenter si l'opération ne s'effectuera pas très bien avec le seul pied postérieur saisi.

En effet, on est très rarement dans l'obligation d'aller à la recherche de l'autre pied. M. le docteur Maigne, dans une pratique étendue et de plus de trente années, ne s'est jamais

vu obligé, jusqu'à présent, d'aller chercher le membre placé en avant, parce qu'il n'avait pu saisir que le postérieur. Il en a été ainsi pour les versions que j'ai vu faire et pour celles que j'ai faites.

Et, d'ailleurs, sait-on, dans la plupart des cas, à quel pied on a affaire? Tout dernièrement encore, avec MM. les docteurs Pénoyer et Brazier, j'eus l'occasion de constater de nouveau cette difficulté dans deux versions différentes. Il s'agissait de présentations de l'épaule, et j'avoue que malgré le désir que j'avais de distinguer les pieds l'un de l'autre, et de les saisir tous les deux, malgré l'insistance que j'ai pu y mettre, cela ne m'a pas été possible. J'ai saisi le pied qui s'est rencontré sous ma main, je l'ai entraîné. Dans l'une de ces opérations c'était le pied antérieur que le hasard m'avait fait prendre; la rotation du dos en avant n'en fut pas plus facile. Dans l'autre c'était le pied postérieur qui avait été saisi, et, malgré une rétraction assez énergique, la rotation du dos en avant se fit avec une merveilleuse facilité; il en fut de même de l'extraction du produit.

Une seule circonstance peut obliger, quand on n'a saisi qu'un pied, à aller prendre l'autre; la voici: il arrive quelquefois que l'orifice interne se contracte sur les parties fœtales, à mesure qu'on cherche à les extraire, et cette contraction est quelquefois si énergique que la somme de forces qu'on serait obligé d'employer pour vaincre cette résistance serait telle que le membre sur lequel cette force s'exercerait serait distendu et lésé dans sa continuité, tandis qu'en tirant sur les deux membres réunis on s'expose moins à produire ces lésions; mais ce n'est pas, comme on l'a prétendu, parce que le fœtus se place à cheval sur les pubis, etc., etc., que cette difficulté se rencontre.

« Si on ne réussit pas, c'est-à-dire si la jambe saisie n'obéit « pas aux tractions, dit M. Nœgelé, page 202, on va à la re- « cherche de l'autre pied. »

Mais ce praticien consommé ne dit nulle part que l'on doit aller à la recherche de l'autre pied quand on a saisi le postérieur seulement; nulle part il ne dit aussi qu'il faut s'attacher à prendre plutôt l'antérieur que le postérieur.

Tels sont les préceptes que j'ai vu maintes fois M. P. Dubois professer et mettre en pratique. Tels sont ceux que j'ai consignés dans l'ouvrage que je viens de publier, et que je cherche à faire prévaloir dans mes cours : dans une opération qui est quelquefois aussi difficile, faire comme on peut est encore ici le précepte qui domine tous les autres.

Pendant le mouvement de rotation imprimé au tronc, les bras peuvent non-seulement se relever sur les côtés de la tête, mais encore un des deux peut passer sous l'occiput et se trouver compris entre cette partie et la symphyse des pubis. Le dégagement de ce bras est alors fort difficile ; bien plus, le bras pouvant se placer ainsi en deux sens différents de haut en bas et de bas en haut ; naturellement, pour ne pas léser l'articulation du bras avec l'épaule, il faudra tenter le dégagement dans le sens où le redressement a eu lieu. Aussi la difficulté ne consiste pas seulement dans le dégagement, elle consiste bien davantage à distinguer ces deux modes de redressement l'un de l'autre.

Cependant je trouve dans quelques auteurs que cette distinction est assez facile à faire. — *Il est assez facile de distinguer ces deux cas l'un de l'autre : lorsque le renversement du bras a lieu de haut en bas et d'avant en arrière, l'angle inférieur de l'omoplate est très éloigné du rachis ; il en est au contraire très rapproché, quand le croisement s'est opéré de bas en haut.*

Il s'en faut qu'il soit aussi facile de différencier ces deux accidents l'un de l'autre, quand on sent une poitrine palpiter entre ses mains, une existence prête à s'éteindre, si l'on ne se hâte d'agir. Dans une semblable circonstance, on n'est pas assez maître de soi, pour apprécier de pareilles minuties ; quelques secondes de retard, et l'enfant a cessé de vivre : c'est un parti prompt et décisif qu'il faut prendre.

De plus, ce dégagement est fort long à effectuer ; en supposant qu'on soit fixé sur la nature du redressement, il doit être souvent même impraticable. En effet, comment faire passer facilement le bras entre la symphyse et l'occiput, quand ces deux parties sont en contact immédiat ?

Mais aussi, si se croyant sûr de son diagnostic on s'était

trompé cependant, et qu'on dégageât, par en bas, un bras qui se serait redressé par en haut, quelles conséquences fâcheuses pour le produit ! En présence des difficultés du dégagement et du diagnostic, et des dangers du dégagement en sens inverse, il me semble bien plus raisonnable de recourir au procédé de madame Lachapelle, qui consiste à extraire la tête en même temps que le bras.

Car si on s'obstine, dit-elle, à dégager le bras seul, on perdra un temps précieux, et bien souvent on fracturera le bras : accident léger, il est vrai, et qui pourra avoir lieu aussi en dégageant le bras et la tête simultanément ; mais aussi on fera courir à l'enfant les dangers d'un dégagement qui serait fait par erreur dans un sens inverse du redressement.

Lorsque la tête résiste après l'issue du tronc, on conseille de *placer deux doigts sur les côtés du nez*, *et deux autres sur l'occiput ; puis de pousser avec les doigts placés sur l'occiput, et de tirer avec ceux placés sur les côtes du nez.*

Je suis convaincu que pour que la tête puisse se dégager à l'aide de ce procédé, il faut qu'elle résiste bien peu ; que, toutes les fois au contraire qu'elle sera solidement fixée, on sera obligé, de toute nécessité, de fixer deux doigts dans la bouche sur la mâchoire inférieure, pour fléchir la tête, pendant qu'avec deux autres doigts fixés sur les épaules, on exerce des tractions sur le tronc, et dans un sens convenable. C'est, au reste, le procédé de madame Lachapelle, et j'avoue que, jusqu'à présent, c'est le seul que j'ai pu mettre en pratique utilement.

Plusieurs fois il m'est arrivé de terminer une extraction à l'aide de ce procédé, quand les tentatives infructueuses avaient été faites. Une de ces circonstances est surtout restée gravée dans ma mémoire.

Une tête était arrêtée au détroit inférieur, le tronc était dehors, et depuis un quart d'heure deux personnes qui s'étaient relayées successivement avaient fait des tentatives multipliées et infructueuses, à tel point que l'une d'elles, pour laquelle je professe la plus grande estime, se disposait à appliquer le forceps ; j'arrivai dans le moment à la salle, et dans une seconde, à l'aide du procédé de madame Lachapelle, je dégageai la tête ; malheureusement l'enfant avait cessé de vivre. Je ne puis attribuer, dans ce cas, l'insuccès des tentatives

qu'à l'usage d'un procédé qu'on avait cru bon parce qu'il est généralement recommandé. J'ai trouvé avec grand plaisir dans l'atlas de M. Moreau une figure qui reproduit le procédé de madame Lachapelle.

En résumé, il est d'une nécessité absolue de donner, en obstétrique, des préceptes qui puissent servir de règle de conduite aux jeunes praticiens, mais encore faut-il écarter ceux qu'une saine et bonne pratique réprouve; ceux qui, inutiles, impraticables, sont souvent dangereux à tenter.

Enfin, pour ceux même que l'expérience autorise, ils doivent être formulés comme on les pratique, et encore n'être jamais donnés d'une manière absolue. En effet, une foule de circonstances inappréciables dans le moment même, et qui ne peuvent être prévues à l'avance, peuvent changer les indications, et c'est alors à la sagacité de l'opérateur à les modifier, suivant l'exigence du cas particulier.

PARIS, IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

Part of 5

DE CERTAINS PROCÉDÉS

GÉNÉRALEMENT CONSEILLÉS

EN OBSTÉTRIQUE,

QUI SONT OU INUTILES, OU IMPRATICABLES, OU DANGEREUX, ET DE CEUX QU'ON PEUT LEUR SUBSTITUER AVEC AVANTAGE,

PAR CHAILLY (HONORÉ),

Ex-Chef de Clinique d'accouchemens de la Faculté de Médecine de Paris (1).

Le titre que l'on vient de lire indique assez le but que nous nous proposons dans ce travail, et, sans préambule, nous allons entrer en matière.

DU FORCEPS.

Avant toute application de forceps dans l'excavation, il faut s'assurer que la tête a bien franchi l'orifice de l'utérus, et qu'elle n'est pas arrivée dans l'excavation coiffée du segment inférieur de cet organe. Ce précepte est de la dernière importance, et cependant il a été omis par certains auteurs, et ceux qui en ont parlé ne l'ont pas formulé aussi nettement, aussi catégoriquement qu'il doit l'être. Souvent, en effet, dès le début du travail, la tête pousse au-devant d'elle le segment inférieur de l'utérus aminci, et dont l'orifice n'est pas dilaté; elle moule ce segment sur elle-même, et si l'on n'est pas prévenu de la possibilité de cet accident, on peut d'autant plus facilement croire que cette tête est nue, que le peu d'épais-

(1) Extrait des *Annales d'Obstétrique, des Maladies des Femmes et des Enfans*, N[os] de Mai et Juin.

seur de la paroi inférieure de l'utérus, qui favorise sa propulsion, son abaissement, permet aussi de sentir la résistance osseuse de la tête, souvent même les sutures et les fontanelles. Si c'est dans cet instant que vous arrivez auprès de la femme qui réclame vos soins, par suite de l'abaissement de la tête que vous croyez nue, vous pensez que le travail est beaucoup plus avancé qu'il ne l'est en réalité, et alors le séjour prolongé de cette tête dans l'excavation, jusqu'à ce que la dilatation soit complète, vous fera croire à la nécessité d'appliquer le forceps; jugez alors des désordres que vous pourrez produire.

Précepte. — « *La branche postérieure est celle qu'il* « *faut en général appliquer la première.* »

Pourquoi cette branche postérieure doit-elle être appliquée la première? J'aurais voulu trouver la raison à côté du précepte. Faut-il appliquer cette branche la première parce qu'elle est plus difficile? il est rationnel de commencer par la plus difficile, et madame Lachapelle dit expressément qu'il faut commencer par elle; mais elle ajoute que la plus difficile est celle qui doit être placée en avant, et non celle qui doit être en arrière. Tous les auteurs recommandables se sont rangés à l'avis de la célèbre sage-femme, aussi je ne retrouve le précepte contraire que dans un seul ouvrage, et je suis tenté de croire que c'est une erreur de typographie.

En effet, quand l'introduction des branches présente quelques difficultés, c'est évidemment par la plus difficile qu'il faut commencer, et alors par la branche antérieure, afin de se réserver plus de place dans le bassin, et non par la plus facile, qui gênerait l'introduction de l'autre. Cela tombe sous le sens, aussi les préceptes de ma-

dame Lachapelle sont-ils excellens, et on est quelquefois obligé d'y avoir recours; mais, dans la majorité des cas, on réussira à bien placer l'instrument, en commençant toujours par la branche à pivot (mâle, ou gauche).

De cette manière, on adoptera une règle uniforme, plus facile à comprendre et à retenir, qui, du reste, condition essentielle, remplira, je le répète, toutes les indications, sauf les exceptions inséparables de toute règle.

De plus, on évitera par ce moyen le décroisement des branches qui aura lieu à gauche, si on commence par la branche qui doit être placée en haut, et qui aurait lieu à droite, si on commence par celle qui doit être placée en arrière. Le décroisement tient à ce que la branche mâle est appliquée sur la branche femelle; il est sans grands inconvéniens dans l'excavation, mais au détroit supérieur il contond, dilacère quelquefois l'orifice: aussi est-il bon de l'éviter (1).

L'application du forceps dans la position occipito-iliaque gauche nous fournit quelquefois une exception à cette règle; dans ce cas, l'occiput répond à gauche et en avant; la branche à pivot, suivant notre règle, doit être placée la première en arrière, sur la symphyse sacro-iliaque gauche; c'est la plus facile à appliquer, mais elle prend de la place dans l'excavation, relève la tête, et gêne quelquefois l'introduction de la branche à mortaise qui doit être placée à droite et en avant, et qui est, par conséquent, la plus difficile à conduire. Aussi, pour fa-

---

(1) Heureusement que, dans l'application du forceps au détroit supérieur, on ne rencontre presque jamais le décroisement, parce que les branches étant appliquées sur les côtés du bassin, on peut toujours commencer par celle à pivot.

ciliter l'introduction de cette dernière, on la place la première après avoir retiré la branche à pivot, et on se conforme alors au précepte de madame Lachapelle.

Mais les exceptions n'infirment pas la règle, elles la confirment au contraire, et il n'en demeure pas moins constant que la branche à pivot peut, dans la majorité des cas, être appliquée la première; c'est le procédé que chacun met en pratique (1). J'ai souvent entendu dire à mon collègue, M. Colombes, qu'il procédait toujours ainsi, et j'avoue que pour moi je n'ai jamais fait autrement.

Présentation du Sommet.

Dans la présentation franche du sommet, l'expulsion spontanée est la règle générale, et les circonstances qui obligent quelquefois à agir dans cet accouchement, sont étrangères à la présentation. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Mais cette présentation n'est pas toujours franche, la tête peut être inclinée en quatre sens différens, inclinaisons auxquelles M. P. Dubois a donné le nom de variétés de présentation. C'est pour remédier à ces inclinaisons, que certains procédés inutiles, souvent impraticables, quelquefois même dangereux, ont été conseillés.

Variétés de présentation du Sommet.

Variété pariétale. — La tête est inclinée de telle sorte

---

(1) Jamais je n'ai demandé à M. P. Dubois quelle branche il voulait placer la première dans les accouchemens qui réclamaient l'usage du forceps : c'était toujours la branche à pivot que je lui présentais d'abord, et c'est toujours par elle qu'il commençait.

que l'un des deux pariétaux occupe le centre du détroit supérieur.

Précepte. — « *Introduire la main dans l'intervalle* « *des contractions dès le début du travail, et opérer le* « *redressement de la tête.* »

Je me dispense de donner ici les préceptes particuliers pour l'introduction de la main; je ne désignerai pas non plus les points de la surface de la tête, ou tels ou tels doigts doivent être appliqués, ni le sens dans lequel doivent être faits les efforts de réduction, préceptes qui varient pour chaque présentation, pour chaque nuance de présentation, et enfin pour chaque position de ces présentations. Toute l'étendue de ce Mémoire suffirait à peine à les exposer, et, d'ailleurs, c'est une confusion dans laquelle je suis certain qu'on aurait beaucoup de peine à se reconnaître. Je me contenterai donc d'analyser la valeur du procédé en lui-même.

1° Dans l'immense majorité des cas, le procédé est inutile, car le redressement s'opère presque toujours de lui-même aux premières contractions utérines; s'il ne s'exécute pas, la tête peut encore s'engager inclinée quand le bassin est bien conformé, et que la tête a son volume normal. J'ai vu souvent des têtes très-inclinées s'engager tout aussi rapidement que si elles se fussent présentées directement.

2° De plus, le redressement qu'on conseille presque partout comme une opération facile, sans y ajouter aucune restriction, est, dans la plupart des cas, impraticable; la tête n'offre pas à la main une prise assez solide pour que sa direction puisse être changée; ajoutez à

cela que les efforts de contraction s'opposent aussi à ce redressement.

3° Enfin, cette opération, en supposant qu'elle puisse être exécutée, serait souvent accompagnée de douleurs vives pour la mère, et exposerait le fœtus à des dangers, dont je m'occuperai en détail à l'occasion de la présentation de la face.

De tout ceci on doit conclure, que puisque la nature se suffit à elle-même dans la plupart des cas, on doit, avant de se décider à agir, attendre assez long-temps pour que l'insuffisance des contractions utérines soit bien constatée, et alors si par une rare exception l'engagement n'avait pas lieu, on tenterait de le produire, mais non avec la main, car la rétraction de l'utérus rendrait cette réduction alors tout-à-fait impossible, mais avec le forceps.

Variété frontale. — Cette variété, moins commune que la précédente, résulte de ce que la tête ne se présente pas fléchie; c'est le bregma ou fontanelle antérieure qui occupe le centre du détroit supérieur.

Précepte. — « *Introduire la main dont la paume* « *regarde l'occiput, accrocher l'occiput avec les doigts* « *recourbés et l'entraîner au détroit supérieur.* »

Je répéterai pour ce précepte ce que je viens de dire pour le précédent, c'est qu'il est excessivement rare qu'on soit appelé à agir dans un cas semblable, car presque toujours le premier temps de l'accouchement naturel (la flexion de la tête) corrige cette variété. C'était avant cette flexion un diamètre occipito-frontal, quatre pouces, qui occupait le détroit supérieur après la flexion, c'est un diamètre occipito-blegmatique qui n'a que trois pouces trois-quarts qui vient le remplacer, et l'engagement a

lieu. Bien plus, on voit par l'étendue du premier diamètre qui se présente dans cette variété frontale, que l'engagement doit encore s'effectuer spontanément, quand bien même la flexion ne s'accomplirait pas. En effet, quatre pouces peuvent très-bien s'engager dans quatre pouces et quelques lignes d'étendue que présente le détroit supérieur.

Cette opération est donc inutile dans la plupart des cas; elle est aussi impraticable par les procédés généralement conseillés, et aussi dangereuse que celle qu'on recommande pour les précédentes variétés.

Cependant si la tête continuait à se présenter en variété frontale et ne s'engageait pas, accident qu'une disproportion entre la tête et le bassin peut seule expliquer, on pourrait tenter, avant d'en venir à l'application du forceps, une manœuvre très-innocente, qui consiste à faire glisser la tête sur l'orifice de l'utérus sans la soulever, de manière cependant à la fléchir avec la main droite quand l'occiput est à droite, avec la main gauche quand il est à gauche; mais cette opération ne réussit pas toujours. Je l'ai tentée plusieurs fois, une seule fois avec succès, encore je ne suis pas bien certain que la flexion se soit opérée complètement. Qu'il me soit permis, avant de passer outre, de citer une observation qui est bien de nature à prouver que cette variété doit permettre l'accouchement spontané dans un bassin bien conformé, puisque cette expulsion a pu s'effectuer dans un bassin vicié.

La nommée Vanesse, d'une bonne constitution, mais d'une conformation mauvaise, a le tronc bien plus développé que les extrémités abdominales, qui sont déformées par le rachytisme. Accouchée déjà deux fois, et d'enfans qui ont vécu, elle devint enceinte une troisième

fois, et fut prise des douleurs de l'enfantement le vendredi 9 octobre 1840, à huit heures du soir. La sage-femme qui l'assistait reconnut une présentation du sommet; mais justement inquiétée par le retard que la tête éprouvait dans son engagement, malgré des douleurs énergiques, elle fit conduire cette femme à la Clinique. Dans l'après-midi du samedi 10 octobre, à son entrée à la salle, l'enfant avait cessé de vivre. La sage-femme constata une présentation frontale du sommet; et comme, sous l'influence de contractions qui étaient restées énergiques, la tête faisait quelques progrès, elle ne jugea pas qu'il fût utile de rien entreprendre pour le moment. Cependant à six heures du soir, les douleurs s'étant manifestement ralenties, elle me fit prévenir; je trouvai la tête profondément engagée; ayant exécuté son mouvement de rotation, elle n'avait plus qu'à se dégager, ce qu'elle fit bientôt à huit heures du soir, et cependant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était sensiblement rétréci; le doigt, quoique avec une certaine difficulté, atteignait l'angle sacro-vertébral, et le rétrécissement pouvait être évalué à six lignes, de sorte que le diamètre restant n'était plus que de trois pouces et demi. D'où on peut conclure que puisque l'accouchement a pu s'effectuer spontanément dans un bassin vicié, il aurait été si rapide dans un bassin bien conformé, malgré la variété frontale, que cette variété serait passée inaperçue.

Variété occipitale. — M. P. Dubois, madame Lachapelle, n'ont jamais vu cette variété mettre obstacle à l'engagement; bien plus, ils la regardent comme très-favorable, opinion que justifie très-bien l'étendue des diamètres de cette présentation, diamètres qui sont un peu moins étendus que ceux du sommet. Cependant quelques auteurs

la regardent comme excluant la terminaison spontanée, je ne sais vraiment à quel titre, et ils conseillent à cette occasion :

Précepte. — « *D'introduire la main dont la paume* « *regarde le front (juste l'inverse du procédé précédent),* « *afin de ramener le sommet en défléchissant légère-* « *ment la tête.*

Et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que dans le même ouvrage, à quelques pages de distance, je trouve ces deux procédés qui se neutralisent :

« *Dans la présentation occipitale, il faut aller cher-* « *cher le front et l'abaisser, car la présentation de l'oc-* « *ciput exclut la terminaison spontanée.* »

Et plus loin :

« *Il faut dans la présentation frontale aller accrocher* « *l'occiput pour le ramener au détroit supérieur.* »

Ceci n'a pas besoin de commentaires.

POSITIONS DU SOMMET.

Précepte. — « *Les positions occipito-postérieures ne se* « *réduisent pas en antérieures, et nécessitent très-sou-* « *vent l'intervention de l'art.* »

Quand le sommet se présente, l'occiput peut être en rapport avec plusieurs points du détroit supérieur, de là, 1° la nécessité de faire une distinction entre les deux mots *présentation* et *position,* qui n'expriment pas la même idée. J'ai sous les yeux un ouvrage dans lequel les deux mots sont employés à tout instant comme synonymes.

Le nombre des positions varie pour chaque présentation, suivant les auteurs, circonstance très-peu importante en pratique, mais le point important, c'est que les diverses positions, comme nous venons de le voir pour les présentations, font varier le pronostic et souvent aussi la conduite de l'accoucheur.

Les auteurs anciens et quelques modernes pensent que ce n'est que dans les positions antérieures seulement, c'est-à-dire dans celles où l'occiput répond à la moitié antérieure du bassin, que l'occiput dans l'expulsion spontanée vient se rendre sous la symphyse des pubis, pour se dégager; qu'au contraire, dans les positions où l'occiput répond en arrière, il reste en arrière, et va se rendre dans la concavité du sacrum, et qu'alors le dégagement de l'occiput et très-difficile, souvent même impossible, et que l'art est obligé d'intervenir.

1° L'expérience prouve que l'occiput, quel que soit le point du contour du détroit supérieur auquel il corresponde, revient, dans l'accouchement spontané, se rendre toujours en avant au moment du dégagement, et que ce n'est que par exception que, dans une position occipito-postérieure droite ou gauche, l'occiput reste en arrière et va se rendre dans la concavité du sacrum;

2° La pratique journalière démontre aussi que dans le dernier cas, quoique l'occiput soit allé se rendre en arrière, il ne s'en dégage pas moins spontanément dans l'immense majorité des cas, à l'aide d'un mouvement de flexion forcé de la tête, et qu'il est très-rare que l'art soit obligé d'intervenir. L'expulsion, il est vrai, est un peu retardée, mais l'accoucheur, dont la patience doit être la première qualité, ne doit pas se hâter de substituer à

une expulsion spontanée une intervention intempestive, qui dans des mains inhabiles peut avoir des inconvéniens.

APPLICATION DU FORCEPS DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Précepte. — « *Se bien garder dans l'application du* « *forceps de ramener le menton en avant quand il est en* « *arrière à droite ou à gauche.* »

Dans la présentation du sommet, quand l'application du forceps devient indispensable, on ne ramène l'occiput sous les pubis, que lorsqu'il correspond, au moment de l'application, à la moitié antérieure du bassin, et on le conduit au contraire dans la concavité du sacrum, quand il correspond à la moitié postérieure. Cette pratique est excessivement sage, car le tronc du fœtus, quand on se décide à appliquer le forceps, est en général retenu immobile par la rétraction utérine, et si alors on imprime à la tête un mouvement de rotation, que le tronc ne peut suivre, et si cette rotation dépasse un quart de cercle, la torsion du col de l'enfant, qui en est la conséquence, peut souvent compromettre sa vie. Et, comme je l'ai déjà dit, le dégagement en occipito-postérieure s'effectue sans dangers pour la mère et pour l'enfant le plus ordinairement.

En est-il de même dans la présentation de la face, et le précepte de dégager en arrière la partie qui regarde en arrière, peut-il être suivi dans cette présentation, et n'y a-t-il pas plus d'inconvénient pour le produit et sa mère à dégager une face, en mento-postérieure, qu'il n'y en aurait à tordre le col de l'enfant?

Je dirai d'abord qu'il est excessivement rare que la face reste diagonalement le menton en arrière, à droite ou à gauche après son engagement dans l'excavation; il est en-

core plus rare que le menton aille se rendre tout-à-fait en arrière; madame Lachapelle n'a jamais rencontré cette position, il faut alors qu'elle soit bien rare (1). Cependant des exemples cités par les auteurs nous forcent d'admettre cette position secondaire postérieure directe comme possible. Puis j'ajouterai, qu'un dégagement en mento-postérieure directe est mortel pour le produit, et compromet plus ou moins les organes maternels (2), et qu'il me paraîtrait bien plus sage dans cette circonstance de se conformer aux préceptes de Smellie et de ramener le menton en avant, malgré les dangers attachés à la torsion du col de l'enfant. Madame Lachapelle adopte tout-à-fait cette manière de voir, et elle s'exprime en ces termes :

« *Le menton ne doit jamais, sous quelque prétexte que*
« *ce soit, être conduit et dégagé en arrière, ce serait*
« *vouloir se créer des obstacles invincibles, et tuer l'en-*
« *fant.* »

Mais aussi, regardant l'application du forceps dans ce cas comme fort difficile, elle conseille de préférer la version toutes les fois qu'elle sera possible.

On ne peut rien ajouter à ces sages préceptes, mais plaçons-nous dans cette alternative, où la version étant impossible, il faut se prononcer et choisir entre les deux méthodes d'application. La face est dans l'excavation, le menton est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite ou gauche; si je me conforme ici aux mêmes règles que pour la présentation du sommet, je ramenerai le front sous le pubis, et le menton dans la concavité du

---

(1) Madame Lachapelle, tome 1er, 3e mémoire, p. 411.
(2) Madame Lachapelle, p. 403, 3e paragraphe.

sacrum, et pour dégager, je serai forcé, ou de fléchir la tête dans l'excavation en abaissant le forceps, pour engager l'occiput sous la symphise des pubis, et chacun sait que la résistance du périnée, et surtout les dimensions respectives de la tête et du bassin ne permettent pas cette flexion dans l'excavation : ou bien, je procéderai par un mouvement d'élévation combiné de l'action directe, jusqu'à ce que le menton que j'aurai dirigé vers un des ligamens sacro-sciatiques ait pu dépasser ce ligament. Alors, au moment où la trachée reposera, tant sur la pointe du coccyx que sur le rebord du ligament, par un mouvement d'abaissement et de répulsion en arrière, je dégagerai petit à petit l'occiput de dessous la symphise des pubis, le menton refoulant le périnée en bas et en arrière. Puis, à l'aide d'une légère traction directe, je dégagerai enfin la face des parties molles où elle était restée contenue. Il est facile de concevoir combien le dégagement doit être pénible pour la mère et l'enfant. En effet, les tractions énergiques qu'il faut exercer sur la tête pour attirer le menton jusqu'à l'extrémité du sacrum, compromettent toujours la vie du fœtus, par suite de la compression qu'éprouve la tête, mais surtout par suite de l'extension forcée du col de l'enfant, du relâchement des vertèbres, des lésions de la moëlle épinière, qui en sont la conséquence.

Les efforts soutenus, énergiques et long-temps prolongés, achèvent aussi de contondre, de dilacérer les parties de la mère sur lesquelles le menton et le sommet appuyant déjà depuis long-temps, déchirent plus ou moins le périnée au moment du passage de la tête, malgré les précautions les plus minutieuses, déchirure qui peut quelquefois intéresser le rectum, et alors, ces accidens

peuvent, non-seulement compromettre la santé de la mère, mais ils l'exposent à des infirmités (fistules vésico- et recto-vaginales), qui mettent aussi en question son existence morale.

Examinons maintenant ce qui arriverait si, dans la même position, on tentait de ramener le menton en avant, et quel procédé il faudrait suivre dans ce cas.

1° Il est rare que le menton soit, au moment de l'application du forceps, exactement en rapport avec la symphise sacro-iliaque : le col de l'enfant ayant dans ce cas en effet beaucoup de peine à mesurer la paroi postérieure de l'excavation, sera sollicité à se rapprocher de la partie antérieure, et on le trouvera le plus ordinairement assez rapproché de l'extrémité du diamètre transverse. C'est dans un cas de cette nature que j'ai vu M. P. Dubois ramener le menton sous les pubis, mais quand même le menton serait directement en rapport avec la symphise sacro-iliaque, il faudrait encore le ramener en avant, pour laisser quelques chances de salut à l'enfant, et surtout dans l'intérêt de la mère. Bien plus, je me conformerais encore à ce précepte toutes les fois que cela me serait possible, dans les cas même où le menton répondrait à la concavité du sacrum.

Mais pour ramener le menton en avant quand il est en arrière, il faudrait diriger la courbure des bords du forceps vers le sacrum, et chacun sait que cela n'est pas possible. Que faire alors, ou se servir, à l'exemple de Smellie, d'un forceps droit, ou bien avec le forceps ordinaire, supposer une position mento-transversale au lieu d'une mento-postérieure. Si le menton est à droite, introduire la première la branche à pivot, la conduire le plus près possible de la symphyse des pubis, et placer l'autre dans

la concavité du sacrum; faire le contraire si le menton est à gauche. La tête une fois saisie, le menton ne se trouvera pas tout-à-fait en rapport avec la courbure du forceps, il sera un peu plus en arrière, et alors, quand le mouvement de rotation imprimé au forceps sera complet, c'est-à-dire quand la courbure de cet instrument se trouvera tout-à-fait sous les pubis, le menton ne sera encore que derrière la cavité cotyloïde; et, pour le ramener sous les pubis, il faudra exagérer la rotation du forceps à tel point qu'au moment du dégagement, la courbure devra regarder la cavité cotyloïde gauche; bien entendu qu'ici, comme dans toute application irrégulière de forceps, si les parties sont trop résistantes, dans la crainte de les compromettre, il faudra, après la rotation complète du forceps, désarticuler l'instrument pour le réappliquer plus régulièrement, ou livrer l'expulsion aux contractions utérines, s'il y en a, etc., etc.

Cependant il peut arriver que, dans ce cas, on ne puisse pas placer une branche tout-à-fait sous les pubis, et l'autre dans le sacrum, difficulté qu'on peut même souvent rencontrer la tête étant dans l'excavatian, et qu'on ne puisse alors placer le forceps que diagonalement; dans ce cas, il faudrait, après avoir exécuté le mouvement de rotation, qu'on exagérerait autant que possible afin de ramener le menton très-près de la symphyse des pubis, désarticuler le forceps pour le réappliquer de nouveau en situation diagonale, et achever alors la rotation du menton et son dégagement.

Ces procédés me semblent bien préférables à ceux à l'aide desquels on dégage la face en position mento-postérieure directe, car ils ne compromettent que la vie de l'enfant par la torsion du col, encore est-il permis d'espérer dans

ce cas que le tronc pourra suivre, sinon en totalité, du moins en partie, le mouvement de rotation imprimé à la tête (1), et que si la torsion du col a lieu, elle n'excédera pas cependant de beaucoup un quart de cercle. Encore madame Lachapelle cite-t-elle des cas où les enfans étaient venus vivans quoique leur menton fût exactement en rapport avec leur dos. De plus, l'extraction de la face en mento-antérieure, procurera à la mère un dégagement aussi facile que le dégagement du sommet en occipito-antérieure.

En résumé, dans la présentation de la face, la nature se suffit presque toujours à elle-même; aussi ne doit-on pas s'empresser d'agir au détroit supérieur afin de substituer à la présentation de la face une présentation du sommet, ou même de l'extrémité pelvienne; et, si quelque anomalie dans la marche du travail requiert l'intervention de l'art, la version pelvienne, tant qu'elle est praticable, doit être préférée au forceps, et si le forceps seul doit être employé, on devra toujours, à l'aide de cet instrument, ramener le menton en avant.

PRÉSENTATION DE L'EXTRÉMITÉ PELVIENNE.

Quelle conduite l'accoucheur doit-il tenir dans l'accouchement spontané par l'extrémité pelvienne? Doit-il, comme le conseillaient les anciens accoucheurs et comme le recommandent encore quelques modernes, se hâter,

---

(1) On peut se permettre cette rotation du menton en avant avec d'autant moins de scrupule que ces jours derniers j'ai vu, dans une position occipito-iliaque droite postérieure, M. P. Dubois ramener l'occiput en avant sans que pour cela la vie de l'enfant ait été compromise.

dès le début de l'accouchement, de tirer sur les pieds ou les genoux quand ces parties se présentent les premières? ou bien doit-il aller les chercher dans la cavité utérine, pour les engager au détroit supérieur quand l'extrémité pelvienne se présente par les fesses, les jambes relevées sur la partie antérieure du tronc, ou quand elle se présente composée de tous ses élémens?

Je me prononcerai d'abord pour la négative; mais, pour appuyer cette assertion de preuves irrécusables, il est nécessaire d'examiner pourquoi la vie du fœtus est bien plus souvent compromise dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne que dans l'accouchement par l'extrémité céphalique. Il meurt 1 enfant sur 50 dans la présentation du sommet; 1 sur 15 dans celle de l'extrémité pelvienne.

Pourquoi certains modes de présentation de cette partie sont-ils plus favorables que d'autres? Et enfin, pourquoi l'extraction de cette partie compromet-elle bien plus souvent la vie du fœtus que l'expulsion spontanée, car il périt dans ce cas 1 enfant sur 7 ou 8?

Cette différence dans les résultats est due à la compression du cordon, qui a souvent lieu dans l'accouchement par l'extrémité pelvienne, surtout dans certains modes de cette présentation. En effet, comparons ce qui se passe dans ce cas avec ce qui a lieu quand le sommet se présente. Dans cette dernière présentation, le cordon, à moins qu'il ne fasse procidence au-dessous de la tête, accident tout-à-fait exceptionnel, flotte au milieu du liquide amniotique pendant toute la durée de l'accouchement, et est soustrait à toute compression, même pendant l'expulsion de la tête, et les dernières parties fœtales qui suivent cette tête, expulsées rapidement, et allant en di-

minuant de volume à mesure qu'elles se présentent, ne peuvent comprimer le cordon qui les accompagne.

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, avant que l'ombilic ait franchi le détroit supérieur et l'orifice de l'utérus les conditions sont bien les mêmes pour le fœtus, que dans la présentation du sommet : le cordon flotte aussi au-dessus du détroit supérieur : mais, dès que la racine du cordon, l'ombilic, a dépassé ce détroit, les parties fœtales qui s'engagent, devenant de plus en plus volumineuses, compriment de plus en plus le cordon entre elles et le cercle osseux, et la vie de l'enfant est souvent compromise par cette compression, surtout si le travail est languissant.

Une circonstance ajoute encore à la gravité de cet accouchement, c'est celle où l'extrémité pelvienne se présente décomplétée; en effet, quand les pieds, les genoux se présentent, ces parties offrant un volume moins considérable que la présentation des fesses, et surtout que la présentation complète, elles franchissent l'orifice incomplètement dilaté, et le fœtus représente au moment de son engagement, un cône dont le sommet s'engage avant la base. Des parties de plus en plus volumineuses se succèdent donc à l'orifice et sont obligées de séjourner au détroit supérieur un temps plus ou moins long, jusqu'à ce que la dilatation du col leur permette de s'engager. Ainsi, après les pieds, ce sont les hanches, puis les épaules, enfin la tête, qui doivent franchir l'orifice. Tant que les hanches n'ont pas dépassé le détroit supérieur, il n'y a nul danger pour le produit, le cordon n'étant pas encore exposé à la compression; mais dès que l'ombilic a dépassé l'orifice, le cordon est plus ou moins comprimé entre les parties fœtales et le détroit supérieur,

compression qui devient de plus en plus exacte à mesure que le fœtus s'engage davantage, car les parties qui suivent l'extrémité pelvienne deviennent de plus en plus volumineuses; et de plus, par cette raison même, elles sont obligées de séjourner au détroit supérieur jusqu'à ce que l'orifice se soit assez agrandi pour les laisser passer, et, comme les épaules et la tête auront à subir le même retard quand elles viendront à s'engager à leur tour, la durée de la compression du cordon sera augmentée d'autant, et par suite, également, les chances de mort pour le produit.

Si, au contraire, l'extrémité pelvienne se présente complète, l'accouchement sera moins défavorable à l'enfant. En effet, toutes les parties qui constituent l'extrémité pelvienne étant réunies, elles forment un tout compacte qui, à dire vrai, n'égale pas le volume de la tête ni sa solidité, mais qui s'en rapproche beaucoup; et cette extrémité pelvienne complète ne peut alors s'engager à l'orifice que lorsque la dilatation est complète; jusque-là, les conditions sont les mêmes que dans la présentation du sommet. Le col une fois passé, la dernière partie de l'expulsion, pendant laquelle le cordon peut être comprimé, sera bien plus rapide que dans le cas précédent, parce que les épaules et la tête qui ont été précédées dans l'orifice par des parties presque aussi volumineuses qu'elles, trouveront cet orifice suffisamment dilaté et n'éprouveront qu'un léger retard dans leur engagement. Si donc la compression du cordon a lieu, elle ne sera que momentanée,

D'après ces considérations, la conduite que doit tenir l'accoucheur se trouve toute tracée. L'accouchement par l'extrémité pelvienne étant d'autant plus favorable que

l'on est moins obligé d'agir, il faut s'abstenir autant que possible de toutes manœuvres dans la première partie du travail. Ainsi, quand l'extrémité pelvienne se présente décomplétée, on doit se bien garder d'exercer des tractions sur les pieds, sur les genoux qui s'engagent (1), car ces tractions auraient pour résultat de faire franchir à l'ombilic un orifice incomplètement dilaté, d'exposer le cordon à la compression bien plus tôt que cela n'aurait eu lieu dans un engagement spontané, de déterminer le redressement des bras sur les côtés de la tête et d'obliger à les dégager; enfin, de causer la déflexion de cette tête au détroit supérieur, et de rendre nécessaire son dégagement; or, nous avons vu que cette opération est souvent très-difficile, et que, par les retards qu'elle apporte dans l'expulsion, elle augmente encore le danger pour le produit; de même que si l'extrémité pelvienne se présente composée de tous ses élémens, il faudra attendre qu'elle s'engage spontanément, ce qu'elle fera quand la dilatation sera complète; et enfin, puisque cette circonstance est favorable au produit, on devra se bien garder de la lui enlever en introduisant la main dans l'utérus, dès que cette main peut pénétrer dans l'orifice, pour aller saisir les pieds ou les genoux, en un mot, pour engager de force la présentation décomplétée. Cette pratique, géné-

---

(1) Il faut bien se tenir en garde contre cette tentation qu'on éprouve d'accélérer l'accouchement en tirant sur des parties qui offrent une prise aussi facile; il faut savoir résister à sa propre impatience, à celle de la femme et aux persécutions des assistans. J'insiste sur cette recommandation parce que c'est l'écueil qu'on n'évite presque jamais au début de sa carrière obstétricale.

ralement conseillée il y a trente ans, n'est pas malheureusement tout à-fait tombée en désuétude, et on ne saurait trop s'élever contre un usage si en opposition avec les lois naturelles.

Loin de décompléter la présentation, ai-je toujours entendu dire à M. P. Dubois, qu'il faudrait dans ce cas, si cela était possible, l'augmenter de volume, l'accouchement n'en serait que plus favorable pour l'enfant.

Bien entendu que nous raisonnons toujours dans l'hypothèse ou aucune complication ne viendra entraver la marche du travail, et ne forcera l'accoucheur à agir dans le début; aussi on peut par avance poser en principe que s'il est utile, indispensable même dans un accouchement par l'extrémité pelvienne sans complication de rester simple spectateur de l'accouchement, il est quelquefois nécessaire d'aider à l'expulsion dans la dernière partie du travail, quand l'extrémité pelvienne ne reçoit pas de la part des contractions une impulsion capable de l'expulser assez rapidement pour que la compression du cordon n'ait pas lieu.

Extraction de l'extrémité pelvienne, dans le cas ou un accident rend cette extraction nécessaire.

Précepte. — « *Les fesses sont saisies à pleine main et* « *refoulées dans la fosse iliaque, vers la quelle est tourné* « *le dos du fœtus; puis on va à la recherche des pieds.* »

Il est tout aussi inutile de saisir les fesses à pleine main, et de les refouler vers une des fosses iliaques, dans la présentation de l'extrémité pelvienne complète, qu'il est inutile de saisir et de refouler la tête dans la présentation du sommet, on se contente tout simplement de passer à

la partie antérieure du produit, en engageant doucement la main entre les parties fœtales et les parties maternelles; procédé bien plus facile, bien plus innocent, et bien plus expéditif.

Comme un exemple de la légèreté avec la quelle la partie pratique est traitée dans certains ouvrages, je citerai entre autres, à propos de l'extrémité pelvienne, la suite du précepte que je viens de combattre.

Précepte. — « *Les pieds une fois saisis, on les abaisse* « *pour tirer sur eux et terminer le troisième temps de* « *la version; lorsque les fesses sont arrivées sur le plan-* « *cher du bassin, on place l'indicateur d'une main sur* « *l'aine postérieure, l'indicateur de l'autre main sur* « *l'aine antérieure, et avec les doigts en forme de cro-* « *chet, on tire sur les fesses jusqu'à ce que les pieds soient* « *complétement dégagés.* »

Cette manoeuvre est certainement la seule qu'on doive mettre en usage dans le cas où les fesses sont arrivées spontanément, ou ont été attirées artificiellement sur le plancher du bassin, mais qui a jamais songé à l'employer après dégagement des pieds. En effet, une fois les pieds saisis, on les entraîne à l'extérieur, et on ne lâche pas à moitié chemin la prise solide qu'ils vous offrent pour terminer l'extraction à l'aide d'une manœuvre bien moins facile, et que bien plus je ne puis comprendre. En effet, quand on a été chercher les pieds au-dessus du détroit supérieur, qu'on a exercé des tractions sur eux, au moment où les pieds arrivent dans l'excavation, les fesses sont encore au détroit supérieur, et enfin quand ces fesses arrivent sur le plancher du bassin, elles sont décomplétées, défléchies, il n'existe plus de plis de l'aine, les pieds

sont à l'extérieur. Comment alors saisir cette extrémité pelvienne avec les deux index?

Précepte. — « *Quand l'extrémité pelvienne est trop* « *engagée pour qu'on puisse aller chercher les pieds, mais* « *cependant lorsque les hanches ne sont pas accessibles au* « *doigt, il faut employer le crochet mousse que l'on ap-* « *plique sur l'aine antérieure de dehors en dedans, s'il* « *est possible de glisser l'instrument entre la hanche et la* « *symphyse des pubis, dans le cas contraire on le glisse* « *entre les deux cuisses, en ayant soin de protéger les* « *organes génitaux de l'enfant avec quelques doigts.*

Ces procédés sont ceux que l'on doit mettre en pratique, quand on se sert de la main seule : l'index sera ou glissé entre la hanche et les pubis, ou entre la racine des membres, et dans l'un et l'autre cas ce sera la hanche qui est en avant que l'on devra attirer la première. Mais malgré les avantages que l'on trouverait à suivre la même conduite dans l'application du crochet, on est obligé d'en adopter une inverse.

Le crochet mousse n'est pas comme le doigt un instrument inoffensif et intelligent. Si alors on s'efforce de le placer sous les pubis il contondra les parties maternelles et fœtales, souvent même son application sera impossible sans violences excessives, ce qui obligera, il est vrai, à le placer en procédant entre la racine des membres abdominaux, mais ce ne sera pas dans ce cas, la hanche qui est en avant que l'on devra saisir, malgré les avantages que présente ce procédé, mais la hanche postérieure. Car pour être certain que le crochet est bien appliqué, qu'il dépasse les parties du fœtus sur lesquelles il est fixé, qu'il ne compromet pas les organes maternels, il faut que l'autre

main soit engagée de l'autre coté de la partie saisie, jusqu'à la pointe du crochet qu'elle devra sentir. Or, cette introduction de la main étant presque toujours très-difficile, très-douloureuse sous les pubis, il est nécessaire de ne pas saisir la hanche qui est en avant, et de prendre celle qui est en arrière, parce que la main s'engagera facilement dans la concavité du sacrum et pourra s'assurer sans douleur et facilement de la situation exacte du crochet, tandis qu'elle ne peut pénétrer facilement sous les pubis. Ce précepte que j'ai souvent entendu professer par M. P. Dubois, me semble le seul qui doive être mis en pratique, dans le cas où la main ne pourra être introduite entre les pubis et les parties de l'enfant, ce qui arrivera très-souvent.

Présentation du tronc. — Version pelvienne.

Précepte. — « *La main repoussera l'épaule au-dessus* « *du détroit supérieur et un peu vers la fosse iliaque.* »

Il n'est pas plus nécessaire ici que dans la présentation du sommet de repousser la partie qui s'engage, cela même serait souvent impossible et dangereux : il suffit d'engager doucement la main entre cette partie et le détroit supérieur.

Version céphalique.

Précepte. — « *L'accouchement par le sommet étant* « *bien plus favorable au produit que l'accouchement par* « *l'extrémité pelvienne, il convient dans les présenta-* « *tions du tronc de ramener le sommet au détroit supé-* « *rieur au lieu de ramener les pieds.* »

Ce que j'ai dit à l'occasion des réductions de présenta-

tion peut également trouver ici sa place, aussi je renvoie à ces articles, et surtout au savant Mémoire que M. P. Dubois a publié sur cette question et qu'il a présenté à l'Académie de Médecine (1).

Quant aux préceptes particuliers de la version pelvienne où l'on conseille de tirer sur le bras, de le couper, ou de le rentrer dans l'utérus, je les passe sous silence, ils ne se trouvent dans aucun ouvrage moderne.

Tirer sur le bras n'amènerait aucun résultat; et il n'est jamais nécessaire de le rentrer ou de le couper pour pratiquer la version, au contraire, il est avantageux de le retenir à l'extérieur à l'aide d'un lac.

---

(1) « Convient-il, dans les présentations vicieuses du fœtus, « de revenir à sa version sur la tête. » (*Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, tome 3, 4e fascicule, page 430.)

A. Guyot, Imprimeur du Roi,
rue Neuve-des-Petits-Champs, no 37.

Convient-il, dans la présentation de la face, de se hâter, dès le début du travail, d'introduire la main pour ramener le sommet au détroit supérieur, au lieu de la face?

Les accoucheurs du siècle dernier, madame Lachapelle elle-même, dans le début de sa pratique, et quelques accoucheurs en petit nombre de notre époque, pénétrés de cette idée que les accouchements par la face ne se terminaient que très rarement spontanément, et que cette terminaison spontanée, qui ne pouvait avoir lieu que dans le cas où le menton répondait en avant du bassin, compromettait souvent la vie de l'enfant et quelquefois la santé de la mère; et qu'enfin les positions mento-iliaques, droite ou gauche postérieure, se réduisant toujours en positions postérieures directes, nécessitaient souvent une intervention très difficile et meurtrière; les auteurs, dis-je, au lieu de laisser agir la nature, ce qui les aurait éclairés sur le véritable pronostic de cet accouchement, attribuant à cette présentation les accidents qui ne devaient être attribués qu'aux manœuvres qu'ils conseillaient, ont conclu de toutes ces considérations qu'il fallait, dès le début du travail, se hâter, lorsque la face est encore au détroit supérieur, de ramener le sommet au lieu de la face, l'accouchement par le sommet étant bien plus favorable que l'accouchement par la face (1).

Nul doute que l'accouchement par le sommet ne soit plus favorable à la mère, surtout à l'enfant, que l'accouchement par la face; en effet, pour la mère, dans l'expulsion par la face, le travail est plus prolongé, plus dangereux, quand quelques anomalies viennent à se manifester dans le cours de l'accouchement; et pour l'enfant, outre les dangers que lui font

---

(1) C'est ainsi qu'on retrouve cette opinion reproduite dans un ouvrage très récent: « Si, dans l'état actuel de la science, les positions mento-« antérieures doivent être abandonnées à elles-mêmes, en est-il entière-« ment de même des positions mento-postérieures; en un mot, cette der-« nière position, bien constatée au début du travail, ne devrait-on pas, « avant son engagement, chercher à la convertir en *position* du sommet? « J'avoue que, si j'avais à me prononcer, je résoudrais pour l'affirma-« tive. »

courir ces anomalies, sa vie est compromise quelquefois même dans les circonstances les plus favorables, par suite de la compression des jugulaires. Aussi, si, en ramenant le sommet au lieu de la face, on remédiait à tous ces accidents sans en substituer d'autres qui sont plus graves ; si, du reste, cette opération était praticable dans la plupart des cas, il faudrait y avoir recours.

Mais il s'en faut qu'il y ait parité entre l'accouchement spontané par le sommet et celui qui s'accomplira après que le sommet aura été ramené de force au détroit supérieur. L'introduction de la main, les tentatives de réduction, permettent à la totalité du liquide amniotique de s'écouler, et pendant toute la durée du travail le fœtus est exposé à la compression immédiate de l'utérus ; bien plus, les tentatives favorisent souvent le prolapsus du cordon ombilical. De là l'obligation de remonter le cordon au dessus du détroit supérieur, ou, dans le cas d'insuccès de cette manœuvre, la nécessité de recourir soit à la version pelvienne, soit à l'application du forceps. Enfin, un bras ou les deux bras peuvent être entraînés en même temps que la tête : nouvelle obligation d'intervenir. Ajoutez à cela que ces tentatives de réduction sont par elles-mêmes de nature à compromettre l'intégrité des organes maternels.

M. Moreau les a vus déterminer, dans un cas semblable, une rupture de l'utérus, qui fut suivie de la mort immédiate. Ce fait a d'autant plus de valeur que l'opérateur qui détermina cet accident déplorable avait, au dire de M. Moreau, une certaine habitude des opérations obstétricales.

Ces efforts, souvent inutiles pour ramener le sommet au détroit supérieur, sont aussi très douloureux.

Les douleurs et les dangers inséparables de cette version céphalique suffiraient seuls pour en faire proscrire l'usage, si, du reste, elle pouvait être pratiquée facilement. Mais on rencontre souvent les plus grandes difficultés dans la pratique de cette opération (1). Les partisans de cette méthode, et Baude-

---

(1) Madame Lachapelle regarde cette répulsion de la face comme excessivement difficile (3e Mémoire, page 407).

loque lui-même, qui la recommandait, ont avoué un assez grand nombre d'insuccès. Madame Lachapelle, dans le temps où elle était encore imbue de ces fausses idées sur la présentation de la face, éprouva souvent aussi des difficultés insurmontables : « Que de fois, dit-elle, n'ai-je pas perdu ma « peine à de semblables tentatives ! etc., etc., et même dans « les circonstances les plus souhaitables je n'ai pas toujours « réussi. Je ne suis pas la seule, au reste, car Delamotte n'en « put venir à bout dans deux accouchements qui se terminèrent seuls. »

La pratique de M. P. Dubois lui a donné les mêmes résultats, lorsque, par nécessité, il s'est trouvé dans l'obligation de tenter cette manœuvre. Aussi, dans les présentations de la tête, sommet ou face, on peut dire qu'il est quelquefois possible de diriger la nature dans les voies qu'elle devrait suivre, mais que très rarement, je ne crains pas de le dire, on pourra s'opposer efficacement à ses écarts, à moins de changer la présentation par la version pelvienne.

Une seule circonstance rend possible, à la rigueur, cette substitution de présentation, c'est le cas où, rompant les membranes au moment de l'introduction de la main, cette main trouve la face mobile au détroit supérieur ; encore rencontrera-t-on souvent, dans ce cas, de très grandes difficultés. Aussi, ce ne serait que dans un cas de rétrécissement du détroit supérieur qu'il serait permis de tenter cette opération, pour éviter au produit les dangers d'une application de forceps au détroit supérieur sur la tête étendue.

Si, maintenant, au lieu de chercher à convertir la présentation de la face en présentation du sommet, on respecte la présentation de la face au début du travail, l'accouchement se terminera spontanément, dans l'immense majorité des cas, aussi favorablement pour la mère que dans l'expulsion par le sommet, il est vrai, avec des chances moins favorables pour l'enfant, mais cependant aussi favorables que dans les cas de version céphalique. Et, de plus, l'on aura évité à la mère les douleurs de l'opération, à soi-même les difficultés et le désappointement qui suit l'insuccès.

Et voici comment s'exprime à ce sujet M. Nœgelé (*Manuel d'accouchement*, p. 122) :

« Pour qu'un accouchement avec présentation de la face « s'accomplisse régulièrement, et par les seuls efforts de la « nature, sans aucun accident, il n'est besoin d'aucune cir- « constance exceptionnelle, soit du côté de la mère, soit du « côté de l'enfant. Que la présentation ait lieu par le crâne ou « par la face, le travail est toujours le même; et, toutes choses « égales d'ailleurs, les accouchements par la face se font « sans plus de difficultés, sans plus de temps, sans plus d'ef- « fort que ceux avec présentation du crâne. »

Mais les accoucheurs qui recommandent de ramener le sommet au lieu de la face insisteront, alléguant que les positions mento-antérieures ou transversales sont les seules qui se réduisent en positions antérieures directes, que les positions mento-postérieures droites ou gauches, moins fréquentes que les autres, se réduisent nécessairement en postérieures directes ou sacrées; et qu'alors, pour éviter à la mère et à l'enfant tous les dangers d'un dégagement, soit spontané, soit artificiel de la face en mento-postérieure, il faut se hâter, avant l'engagement de cette face, toutes les fois qu'on la rencontre en position mento-postérieure droite ou gauche, de la convertir en présentation du sommet.

Je leur répondrai que l'expérience prouve que la rotation du menton en avant s'exécute tout aussi bien dans les positions postérieures que dans les positions antérieures :

« Dans la présentation de la face, dit M. Nœgelé, que le « front soit primitivement un peu plus en avant ou un peu « plus en arrière, la marche du travail est la même. Toujours « le menton tourne en avant, et c'est par lui que la face se « rencontre aux parties molles, à moins toutefois qu'il ne se « présente quelque obstacle organique, ou qu'une circon- « stance extérieure, telle qu'une tentative faite pour opérer « un accouchement artificiel, etc., n'ait forcé la tête à chan- « ger de position. »

Je leur dirai que ce n'est que par une très rare exception que le menton reste en arrière et va se rendre dans le sacrum (Madame Lachapelle ne l'a jamais vu), et qu'alors, pour prévenir la rotation postérieure du menton qui n'aura certainement pas lieu, on ne serait pas excusable de tenter, au détroit supérieur, une opération qui souvent peut compromettre la

vie de l'enfant et celle de la mère, opération qui est d'ailleurs très douloureuse et peut mettre dans la nécessité, dans le cas d'insuccès, de recourir à d'autres opérations plus ou moins graves pour remédier aux accidents déterminés par les tentatives infructueuses.

En résumé, il faut respecter la présentation de la face au détroit supérieur, quand bien même on trouverait la face en position mento-postérieure droite ou gauche (1), parce que l'accouchement est spontané dans la grande majorité des cas, quelle que soit la situation du menton, et qu'on ne ferait qu'aggraver la position de l'enfant et exposer la mère à des dangers qu'elle aurait évités sans cela en agissant intempestivement, alors qu'aucun accident ne vient compliquer le travail.

Et il faut bien se pénétrer de cette idée, que, si pendant longtemps on s'est cru dans la nécessité de changer cette présentation, c'est qu'on attribuait à la présentation elle-même des accidents qui n'étaient que le résultat des manœuvres intempestives qu'on pratiquait dans le but de remédier à ces accidents qu'on produisait en troublant la marche de la nature.

---

(1) L'expérience prouve que la position mento-iliaque droite postérieure est la plus fréquente ; je n'ai pas encore eu occasion d'en observer d'autres ; telle est, au reste, l'opinion que M. P. Dubois professe hautement à la Clinique depuis quelques années.

TABLE DES MATIÈRES.

Paris, imprimerie administrative de Paul Dupont et C[ie].